Aus der Universitäts-Frauenklinik Marburg.

Ueber Nabelschnurvorfall.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

August Görge
approb. Arzt aus Allendorf, Kr. Kirchhain.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 1. Juli 1920.
Referent: Prof. Dr. Zangemeister.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1920.

Nach einer von mir vorgenommenen Sammelstatistik von 22 älteren und jüngeren Autoren kommen auf 273492 beobachtete Geburten 2634 Fälle von Nabelschnurvorfall, d. i. 1 unter 103,83 Geburten = 0,96 %. Unter den 4540 Geburten, die seit dem 1. 1. 1911 — 31. 12. 1919 an der Marburger Universitäts-Frauenklinik beobachtet worden sind, finde ich 61 Nabelschnurvorfälle. Es kommt somit 1 N.-Sch.-V. auf 73,43 Geburten = 1,34 %.

Unter diesen 61 Fällen von N.-Sch.-V. stellte ich 19 mal ein plattes Becken fest, d. i. in 31,15 % der Fälle. Armvorfall fand ich unter unseren 34 Kopflagen mit N.-Sch.-V. 2 mal, Hydramnion unter unseren 61 Fällen 2 mal, Zwillingsgeburten 4 mal, Früh- bezw. Fehlgeburten 2 mal, Tiefsitz der Plazenta 2 mal, Plazenta prävia 5 mal. In 27 Fällen war die Nabelschnur über 60 cm lang. Unter unseren 61 Fällen waren 15 Erst- und 46 Mehrgebärende.

Was die Mortalität betrifft, so starben unter unseren 61 Fällen insgesamt 25 Kinder. In 4 von diesen Fällen war die Frucht bereits bei der Einlieferung der Kreißenden in die Klinik abgestorben. Auch sind noch 2 frühreife bezw. mazerierte Früchte bei der Mortalitäts-Berechnung in Abzug zu bringen, so daß also nur 55 behandelte Fälle mit 19 toten Kindern in Betracht kommen. Die Mortalität beträgt somit nur 34,55 %.

Ueber die Therapie, die bei den einzelnen Lagen in den 61 Fällen von N.-Sch.-V. angewandt worden ist, gibt folgende Zusammenstellung eine Uebersicht:

Therapie der Beckenendlagen im Zusammenhang:

Therapie	Zahl der Fälle	davon totgeboren	Mortalität in %
1. Reposition darnach Extraktion	1	1	100 %
2. Extraktion	12	3	25 %
3. Wendung und Forceps	1	0	0 %
Summe der Fälle	14	4	28,57 %

Therapie der Querlagen im Zusammenhang:

Therapie	Zahl der Fälle	davon totgeboren	Mortalität in %
1. Wendung und Extraktion	7	0	0 %
2. Aeußere Wendung auf den Kopf und Forceps	1	0	0 %
3. Cervicaler Kaiserschnitt	1	0	0 %
4. Zerstückelnde Operationen	3	3	100 %
5. Vorzeitige Wendung darnach Spontangeburt	1	1	100 %
Summe der Fälle	13	4	30,77 %

Therapie der Schädellagen im Zusammenhang:

Therapie	Zahl der Fälle	davon totgeboren	Mortalität in %
1. Spontangeburt	2	2	100 %
2. Metreuryse	1	1	100 %
3. Zange	4	0	0 %
4. Kristellersche Expression	2	0	0 %
5. Cervicaler Kaiserschnitt	1	1	100 %
6. Manuelle Reposition darnach Spontanverlauf	5	3	60 %
7. Reposition mittels Repositorien darnach Perforation	3	3	100 %
8. Repositionsversuche darn. Perf.	1	1	100 %
Repositionsversuche darnach vorzeitige Wendung	1	1	100 %
9. Wendung und Extraktion	9	0	0 %
10. Vorzeitige Wendung	1	1	100 %
11. Zerstückelnde Operationen	4	4	100 %
Summe der Fälle	34	17	50 %

Betrachten wir diese Zusammenstellung, so finden wir, daß hinsichtlich der Therapie des Nabelschnurvorfalls bei Schädellagen — auf diese kommt es in erster Linie an — neben Forceps und Kristellerscher Expression die Wendung und Extraktion die günstigsten Resultate zu verzeichnen haben, die Reposition dagegen scheinbar nicht so guten Erfolg aufweist. Doch müssen wir hier bedenken,

daß in 2 Fällen von Reposition die vorgefallene Nabelschnur bereits bei der Einlieferung der Kreißenden pulslos und der Tod des Kindes in diesen beiden Fällen also nicht durch die Reposition verursacht war.

Für die Therapie ergibt sich aus der Beobachtung und kritischen Bewertung unserer Fälle, daß bei nicht vollständig erweitertem Muttermund die Reposition unbedingt das gegebene Verfahren ist, sofern der Kopf noch über dem Becken steht. Bei vollkommener Erweiterung des Muttermundes und beweglich über dem Becken stehenden Kopf ist die manuelle Reposition dann angezeigt, wenn nach Lage der Dinge die Geburt nach der Reposition voraussichtlich in kurzer Zeit spontan zu Ende geht, oder wenn die Wendung-Extraktion besondere Schwierigkeiten verspricht (Erstgebärende). In allen anderen Fällen ist die Wendung-Extraktion vorzuziehen. Wir stellen die Reposition deshalb der Wendung-Extraktion in der Berücksichtigung grundsätzlich voran, weil die letztere zweifellos größere Gefahren für die Mutter in sich schließt als die Reposition.